

Année 1898

THÈSE

N°

12

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 26 octobre 1898, à 1 heure

Par LOUIS MÉNÉTRÉL

Né à Joinville (Haute-Marne) le 9 juin 1871

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES NÉVRITES ET DES POLYNÉVRITES

PÉRIPHÉRIQUES A LA PÉRIODE SECONDAIRE DE LA SYPHILIS

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. PINARD, professeurs.
LEPAGE et TEISSIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

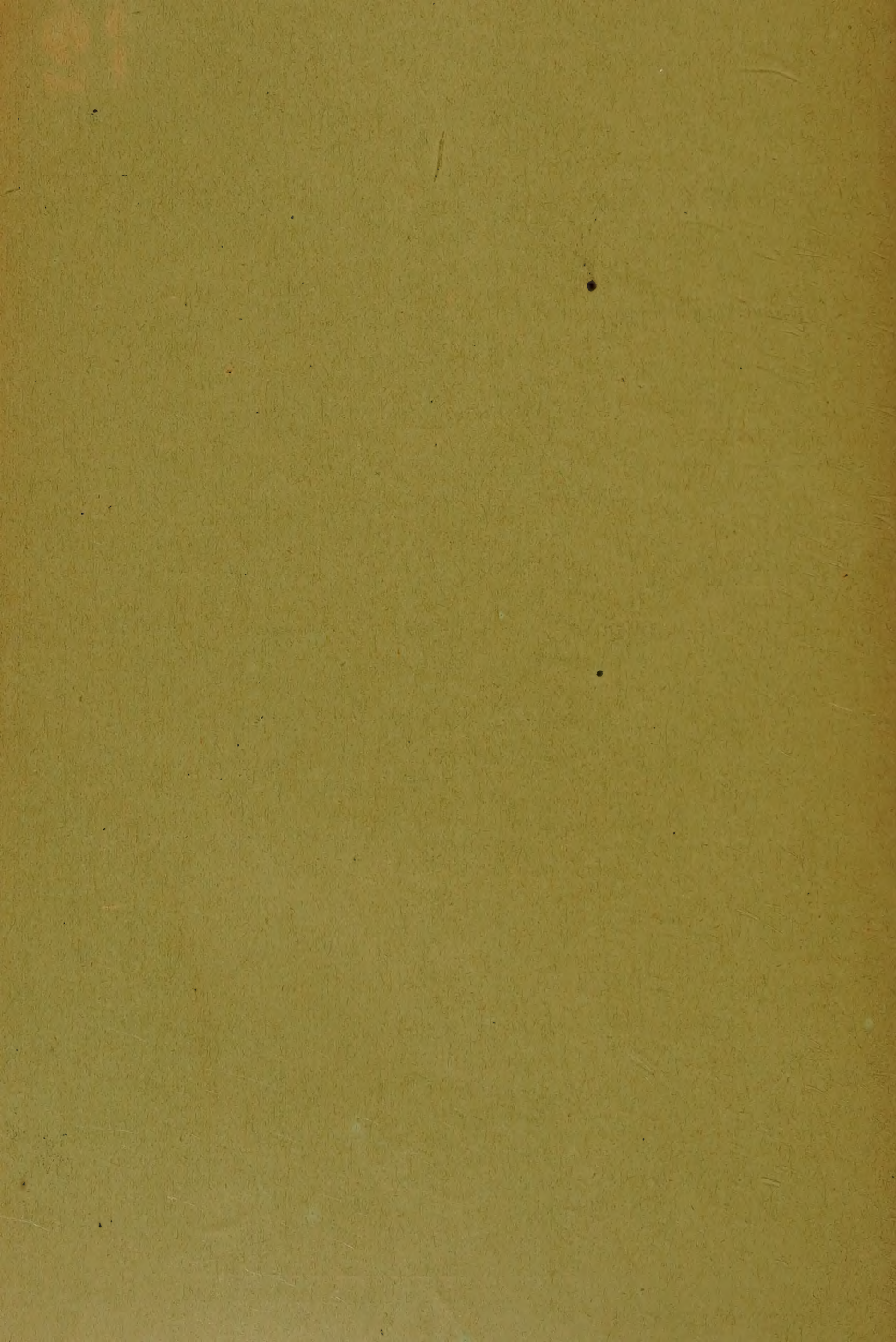
PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 26 octobre 1898, à 1 heure

Par LOUIS MÉNÉTRÉL

Né à Joinville (Haute-Marne) le 9 juin 1871

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES NÉVRITES ET DES POLYNÉVRITES

PÉRIPHÉRIQUES A LA PÉRIODE SECONDAIRE DE LA SYPHILIS

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges } MM. PINARD, professeurs.
LEPAGE et TEISSIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JÖFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD.	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN.	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RETERER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde affection et de
ma vive reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON ONCLE
MONSIEUR ÉMILE PEPIN

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Membre de l'Académie de médecine.

Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études médicales, nous ne aurions faillir à cette coutume, aujourd'hui pour nous les plus doux des devoirs, qui veut qu'on inscrive au seuil de sa thèse le nom des maîtres qui nous ont instruit guidé, encouragé et soutenu de leur bienveillant appui.

Malheureusement plusieurs ont déjà succombé : à la mémoire du D^r Hanot auprès de qui nous fîmes nos premiers pas dans la clinique, à celle du D^r Nicaise qui nous a fait profiter pendant un temps trop court de son enseignement et de sa vaste érudition, nous adressons un respectueux hommage et nous gardons un pieux souvenir.

M. Tenneson dans le service duquel nous nous sommes initié à la dermatologie a été pour nous le meilleur des maîtres. Il a bien voulu nous confier pendant quelque temps le laboratoire de l'école des teigneux et nous permettre ainsi de nous éclairer sur ces maladies si complexes du cuir chevelu chez les enfants.

Qu'il soit convaincu que son souvenir est gravé au fond de notre cœur et qu'il restera à nos yeux comme un maître vénéré et un modèle à suivre.

M. Bar a bien voulu nous prendre comme externe à la

maternité de l'hôpital Saint-Louis. Nous remercions cet excellent maître de la bienveillance qu'il n'a pas cessé d'avoir envers nous. Que M. Lepage qui pendant quelque temps a remplacé M. Bar et s'est dévoué à nous enseigner l'art si difficile de l'obstétrique soit assuré de notre reconnaissance.

M. le professeur Chantemesse en nous admettant au nombre de ses élèves nous a permis de profiter des riches ressources de son laboratoire et de son service. Il nous a donné trop de marques d'intérêt pour que nous l'oublions jamais.

Enfin nous avons passé notre dernière année d'études médicales dans le service de M. le professeur Bouchard. Le temps trop court passé avec ce maître éminent nous a cependant suffi pour apprécier sa bonté en même temps que nous avons pu juger avec quelle science profonde et quelle scrupuleuse attention il examine ses malades. Qu'il nous permette de lui exprimer ici notre plus vive reconnaissance.

Nous avons eu l'heureuse fortune d'avoir encore comme maîtres pendant nos années d'externat, MM. Beclère, Darier, Léon Tissier, Arrou, Jacquet, Le Noir, Leredde. Malgré les trop courts instants que nous avons passés avec eux nous avons pu apprécier leurs savants conseils et nous sommes heureux de pouvoir leur dire combien nous les en remercions.

Nous n'oublions pas que c'est avec les D^{rs} Lesage et Macaigne que nous avons appris les premiers principes de bactériologie au laboratoire de l'amphithéâtre des hôpitaux, nous les assurons de notre gratitude.

Nous tenons encore à remercier notre maître et ami Gastou qui nous ayant donné l'idée de ce travail nous a aussi aidé de ses conseils.

M. le professeur Fournier nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous sommes heureux de pouvoir lui en exprimer ici notre profonde et respectueuse reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES NÉVRITES ET DES POLYNÉVRITES

Périphériques de la syphilis à la période secondaire

INTRODUCTION

Vers la fin du xv^e siècle on avait commencé à soupçonner la syphilis d'occasionner dans le système nerveux des troubles, des désordres graves. Mais on attribuait, d'une façon à peu près exclusive, ces accidents à des lésions spécifiques de la calotte crânienne.

Cependant au xvi^e siècle déjà il est question de gommes cérébrales. Plus tard Astruc décrit la tumeur gommeuse ou aposthème de l'encéphale. Avec Hunter Cooper et leur école, la syphilis du système nerveux est de nouveau méconnue, et il faut arriver à la deuxième moitié de notre siècle pour trouver une étude approfondie de cette importante question. Mais alors les travaux abondent. Après quelques observations éparses dans les recueils scientifiques, viennent les recherches de Ricord, de

Lagneau, de Gros et Lanceraux, de Zumbaco, de Duchelk, de Griesinger, de Buzzard, de Mauriac, de Cornil, de Fournier et tant d'autres.

Appartenant presque tout entier comme dit le professeur Fournier à ce qu'on pourrait appeler la science d'hier et d'aujourd'hui, l'étude de la syphilis nerveuse est devenue une des parties constitutives de la syphiligraphie les plus authentiques, les plus chargées comme symptômes et comme lésions, les plus importantes comme intérêt pratique non moins que comme gravité.

Grâce à l'extension de l'anatomie pathologique due au microscope, on arrive à connaître non seulement les lésions du cerveau, mais aussi celles de la moelle et des méninges. Ces recherches venant s'allier aux observations de la clinique éclairent d'une vive lumière le chaos des manifestations nerveuses de la vérole et font apparaître toute cette série d'affections parasyphilitiques qui prennent immédiatement une place prépondérante dans la syphiligraphie.

En même temps que la clinique observe dans ces maladies des troubles nerveux évidemment dus à l'infection spécifique, l'anatomie nous montre les lésions des nerfs périphériques dus à cette dyscrasie. On connaît les importants travaux de MM. Charcot, Jeoffroy, Pierret Déjerine, Pitres Lamy sur les pseudo-paralysies et les pseudotabès.

Mais, parmi ces connaissances sur l'infection syphilitique du système nerveux un point reste obscur. Personne ou presque personne ne parle ou ne s'occupe de l'influence directe de la syphilis sur le système nerveux

périphérique. C'est toujours à l'axe cérébro-spinal qu'on rapporte les manifestations de la diathèse. Qu'une paralysie motrice, accompagnée ou non de troubles sensitifs, apparaisse à une époque quelconque de la maladie, ou un point de l'organisme, on l'explique toujours par une lésion centrale. Et, si les symptômes se généralisent, si la mort survient, voici que bon gré mal gré on force l'anatomie pathologique de découvrir cette lésion centrale si minime soit-elle.

De ci de là, on trouve bien dans la littérature médicale quelques notes servant surtout à démontrer que la question des névrites syphilitiques existe; de temps à autre aussi une observation est publiée relatant un cas de *névrite syphilitique essentielle*, et c'est tout.

Cependant, tout le monde sait que dès le début de la contagion, aucun organe, aucun appareil, aucun système n'est à l'abri de l'activité nocive du poison syphilitique. Pourquoi ce virus n'exercerait-il pas ses ravages uniquement sur les nerfs puisqu'il peut le faire spécialement sur tel autre organe.

De plus, on a reconnu à nombre de maladies infectieuses le pouvoir d'occasionner des névrites à un moment donné de leur existence. On connaît les névrites de la dysphthérie. La variole la fièvre typhoïde, la tuberculose, le beriberi, la lèpre, l'impaludisme, l'infection puerpérale, le rhumatisme chronique agissent eux aussi sur les nerfs. Pourquoi la syphilis, infectieuse au même titre que ces maladies, ne créerait-elle pas, comme elle, des névrites primitives, indépendantes de toute modification du système nerveux central.

La raison adopte facilement cette hypothèse que la clinique vient démontrer. Souvent malheureusement les névrites passent inaperçues pour diverses raisons dont la principale nous semble être l'ignorance de la cause. De là sans doute le trop petit nombre d'observation que nous avons pu réunir malgré nos recherches assidues.

Aussi, pour le moment, en face de cette difficile question, avant de tirer des conclusions il faut réunir des faits nombreux. C'est ce à quoi nous avons borné notre ambition, voulant simplement rapprocher les faits existants et épars, montrer ce qu'ils ont de commun entre eux ; en un mot dégager, si possible, une forme clinique jusqu'à présent vague et souvent mal définie, et faire entrer l'histoire des névrites syphilitiques dans le domaine de la pratique.

Prenant pour base de notre étude les observations qui y sont consignées, nous envisagerons seulement les névrites des nerfs craniens et des nerfs rachidiens qui nous ont paru manifestement dues au virus syphilitique à la période secondaire de la maladie et qui se sont montrées indépendantes de toute lésion des centres nerveux.

Nous essayerons ensuite d'en faire la symptomatologie le diagnostic, le traitement et le pronostic.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

§ 1. — Quelques mots sur l'existence des névrites.

§ 2. — Névrites des nerfs craniens.

§ 3. — Névrites des nerfs périphériques.

§ 4. — Polynévrites.

§ 1. — Les opinions les plus opposées ont été soutenues au sujet de l'existence des névrites. Cette question a même fait l'objet d'un rapport de M. Marie au congrès des médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française tenu à Clermont-Ferrand en 1894.

D'après MM. Marie, Babinsky, etc... les altérations des nerfs périphériques seraient sous la dépendance des lésions que l'agent morbide a provoqué sur le système nerveux, et le mot de névrite périphérique signifie simplement que les altérations anatomiques du système nerveux perceptibles à nos moyens d'investigation sont exclusivement localisés dans les nerfs, ou y sont bien plus accusés que dans le système nerveux central.

M. Renault (de Lyon), et avec lui MM. Leyden, Joffroy, Pierret, Pitre et Vaillard Déjerine, et nombre d'autres affirment que : « la réaction des nerfs à l'encontre des réactions pathogènes qu'ils reçoivent dans leur terminaison » est ou demeure toute locale parfaitement individuelle. » M. Renault ne nie pas toutefois l'influence de la cellule ganglionnaire ; mais d'après lui la névrite périphérique ne peut pas être ramenée à un cas de trophisme émané des centres nerveux et elle doit conserver sa place en neurologie.

Depuis 1894 de nouvelles observations, de sérieuses études sont venues, chaque jour apporter des éléments à cette idée de l'autonomie pathologique du système nerveux périphérique ; et si la discussion reste ouverte, il n'en est pas moins vrai que la question des névrites n'est plus ce cadre sans tableau dont parlait Charcot.

Malheureusement, si, dans les nombreux travaux par lesquels on est parvenu à classer les névrites d'origine interne à la suite de différentes infections, on recherche ce qui a trait à la syphilis on ne trouve rien ou presque rien.

En tous cas les travaux d'ensemble manquent absolument. Toutes les études sur la syphilis du système nerveux périphérique se sont limitées aux affections des nerfs craniens et portent presque toutes sur la période tertiaire. Et même, quand, dès la période secondaire, ceux-ci sont atteints ; on a recours à une lésion cérébrale, méningée ou osseuse pour expliquer la névrite, on en fait du tertiarisme précoce.

§ 2. — Nous n'en voulons pour preuve que les hypo-

thèses émises par le Dr Boix à la suite d'une étude sur les paralysies faciales dues à la syphilis, étude complétée par une observation personnelle de l'auteur qui nous a paru devoir être reproduite *in extenso* comme le type d'une paralysie faciale syphilitique.

M. Boix s'élève contre cette idée d'une névrite essentielle. Pour lui la paralysie du nerf facial « n'est plus qu'une question de topographie de la plaque méningée » et il la considère comme l'expression d'un tertiarisme précoce.

Rien cependant, ne vient à l'appui de cette assertion. Dans l'observation de M. Boix prise avec un soin méticuleux, on ne constate aucun symptôme de troubles méningés ou cérébraux. Le malade n'a même pas de céphalée. Comme pour appuyer au contraire l'hypothèse des névrites périphériques, cette paralysie du nerf est accompagnée d'une éruption zoniforme (1) occupant la région innervée par le plexus cervical superficiel.

Avant M. Boix le Dr Marty avait publié un cas de paralysie faciale survenue chez un syphilitique âgé de 25 ans ayant encore la roséole du début. Ne pouvant incriminer ni le froid, ni le traumatisme, ni, en l'absence de tout trouble cérébral, une origine centrale, l'auteur en avait conclu à une névrite périphérique primitive qui guérit du reste par le traitement.

Nous devons aussi à M. Bahuaud, d'Angers une observation de névrite du nerf facial ayant éclaté 27 jours après l'infection, chez un homme de 35 ans. Là encore

1. M. Gaucher a signalé l'existence de manifestations syphilitiques qu'il a appelé des syphilis zoniformes.

toute cause étiologique autre que la syphilis a été éliminée et la guérison par le traitement vint confirmer le diagnostic.

On compte environ encore une vingtaine d'observations de paralysies faciales précoces. Du reste ainsi que le montre le docteur Dargaud (1) le nerf facial serait celui de tous les nerfs craniens qui seraient le plus fréquemment touché par la syphilis à la seconde période. Puis viendraient par ordre de fréquence le nerf optique, le nerf auditif, les autres nerfs étant épargnés par l'infection ou du moins leurs lésions ayant passé inaperçues ou étant rapportées à la syphilis cérébrale.

Nous ne pouvons malheureusement insister comme nous le voudrions sur ces névrites des nerfs craniens. Il n'est pas possible actuellement d'affirmer que quand l'un d'eux est touché il n'est pas comprimé dans son trajet intra-cranien par une méningite scléro-gommeuse au début, ou par une altération osseuse ou périostée. Jusqu'alors en effet ces affections relativement rares et généralement bénignes, n'ont pas encore donné lieu à une autopsie et seule l'anatomie pathologique pourrait, jetant quelque lumière sur la question séparer ces névrites des troubles cérébraux.

§ 3. — C'est surtout quand on arrive à l'étude de l'influence de la diathèse syphilitique sur les nerfs rachidiens que la pénurie des documents français se fait sentir. En revanche à l'étranger, notamment en Italie et en Autriche ils se trouvent en assez grande abondance.

1. Thèse Paris 1885. *De l'hémiplégie faciale dans la période secondaire.*

Ces névrites sont parfois très localisées c'est ainsi qu'on les trouve isolément au membre supérieur au membre inférieur atteignant tantôt un seul nerf, tantôt tous les autres en vertu de cette solidarité qui relie toutes les parties du système nerveux entre elles. Souvent aussi elles sont généralisées à tout ou partie de l'organisme. On a alors ces polynévrites à réactions multiples pouvant en imposer pour des lésions du système nerveux central dont elles ne diffèrent du reste que par des symptômes parfois difficilement appréciables.

Nous envisagerons successivement les névrites du membre supérieur, celles du membre inférieur et enfin les polynévrites.

A. — *Névrites du membre supérieur.* — Dans les observations de névrites du membre supérieur que nous avons eues sous les yeux, c'est le nerf cubital qui a presque toujours été lésé soit seul, soit concurremment avec le médian cutané et le médian.

En 1881 Ormeroit présente à la Société pathologique de Londres une hypertrophie du nerf médian d'origine nettement syphilitique.

Le professeur Ehrmann de Vienne, a observé et examiné attentivement les névrites cubitales. Il cite le cas d'un homme qui six mois après son chancre a présenté une névrite cubitale typique avec troubles moteurs et sensitifs. Nous avons jugé inutile de reproduire cette observation publiée dans un travail dont nous parlerons, mais nous citerons les conclusions du professeur Ehrmann.

« Il ne peut être question d'une polyomyélite car il y avait à la fois des troubles moteurs et sensitifs. En outre

les symptômes étaient limités à des régions nerveuses déterminées ; la maladie était absolument sémitérale, aucun symptôme d'affection centrale n'existait, les réflexes étaient intacts. La sensibilité à la périphérie s'explique parfaitement dans l'hypothèse d'une névrite périphérique, hypothèse qui concorde avec tous les phénomènes observés : « multiplicité des points atteints, sensibilité à la pression, hyperalgésie des régions innercées par le cubital, paralysie et atrophie des muscles de la main. Les muscles longs de l'avant-bras sous la dépendance du même nerf restant complètement intacts.

« L'affection ne procède pas d'une maladie des racines là où elles pénètrent dans le canal médullaire puisque les symptômes indiquant une participation des méninges tous font défaut.

« La multiplicité de la maladie permet de rejeter l'hypothèse d'une compression des nerfs, par les tumeurs dont du reste on a constaté l'absence.

« Quant à l'origine syphilitique de l'affection nerveuse elle résulte : 1° de l'absence de tout autre cause, 2° de la présence simultanée de syphilis papulo-squameuse, 3° de la disparition de l'atrophie et du retour de l'innervation sous l'influence de l'iodure de potassium. »

En 1895, M. Gaucher signalait coup sur coup trois cas de névrites cubitales auxquelles il ne voyait pas d'autres causes que la syphilis. Ces trois observations ainsi que celle du professeur Ehrmann sont rapportées tout au long dans la thèse du Dr Champanier sur les névrites cubitales secondaires.

Depuis, l'histoire des névrites cubitales s'est enrichie quelque peu.

En 1896 Bruusgaard signale deux cas de névrites cubitales pendant la période secondaire de la syphilis. Le premier chez une fille de 18 ans atteinte depuis 4 mois de la vérole et entrée à l'hôpital pour syphilides secondaires.

Quatre jours après l'entrée dit le Dr Bruusgaard elle était atteinte d'une névrite bien caractérisée et localisée dans la région du cubital gauche.

Le second cas a été observé sur une fille de 21 ans ayant eu son chancre un an 1/2 auparavant.

Malheureusement M. Bruusgaard ne nous donne pas de détails sur les troubles qu'il a observés. Il constate simplement la guérison rapide par l'iodure de potassium.

L'observation de M. Grosz de Vienne est plus instructive.

La malade qui en fait l'objet a eu un chancre induré vers le milieu de 1896. Au commencement de 1897 elle vint voir le Dr Grosz pour une éruption papuleuse disséminée sur tout le corps accompagnée de douleurs térébrantes générales, et d'anesthésie de l'annulaire et du petit doigt de la main gauche.

On examine complètement le système nerveux: pas de troubles moteurs, pas d'atrophie musculaire. Diminution sur le bras gauche de la sensibilité cutanée. Les réflexes sont normaux.

Le long du cubital existent des douleurs spontanées qui s'exaspèrent la nuit et par la pression.

Huit jours après, on constatait des troubles analogues

du côté droit. L'examen électrique montre une insensibilité de l'adducteur du pouce et des muscles de la main gauche aux courants faradiques de la réaction de dégénérescence aux courants statiques.

Le traitement spécifique fut institué (2 grammes d'iode de potassium) et le malade guérit en un mois 1/2.

Dans ce cas comme dans celui de M. Ehrmann les intoxications et toute dyscrasie autre que la syphilis ont été cherchées en vain. M. Grosz pense se trouver en face d'une inflammation primitive des nerfs due à la toxine du microbe inconnu de la syphilis.

Nous ne parlerons que pour mémoire de l'observation de Neumann où ce médecin raconte succinctement, et sans l'accompagner d'aucun commentaire, le cas d'un syphilitique jeune qui trois mois après son infection a présenté, sans autre cause appréciable que la syphilis, une paralysie de l'adducteur du côté droit, sans aucun symptôme du côté du système nerveux central. Ce malade guérit du reste très rapidement par l'iode.

B. — *Névrites du membre inférieur.* — Connues depuis longtemps, les névrites du membre inférieur à la période secondaire de la syphilis ont été bien étudiées par Zambaco, par Bruneau, par Fournier. Dans les observations rapportées par ces auteurs c'est toujours le nerf sciatique qui a été atteint.

La question des névrites sciatiques, syphilitiques a même été l'objet d'une étude spéciale de la part d'un élève du professeur Fournier, M. Dubois. Ce dernier conclut avec preuves à l'appui que dans la période des accidents secon-

dares il existe une sciatique essentielle qui présente des caractères assez tranchés pour la différencier des sciati-ques ordinaires. Il pense que ces sciati-ques sont plus fréquentes qu'on ne le suppose.

Nous insisterons davantage sur les névrites du nerf saphène interne dont on a observé la manifestation trois fois à notre connaissance.

Nous n'avons pu nous procurer les observations de MM. Stocloff et Schulmayer; mais nous savons que ces deux auteurs ont signalé dès les premiers temps d'une syphilis l'existence d'une névrite manifeste du saphène interne sans troubles des sphincters, ni symptômes pouvant faire rattacher l'inflammation du cordon nerveux à une lésion médullaire. Ils n'en concluaient pas moins sans commentaires du reste à une névrite due à l'infection de la moelle.

Nous possédons le fait signalé par le Dr Caradec, dans lequel la névrite se complique de névrome. Nous le donnons, du reste, *in extenso*. Chez ce malade, la lésion nerveuse est poussée jusqu'à un point où on la voit rarement arriver dans la période secondaire. Aussi, les troubles trophiques sont-ils en relation avec l'importance de la névrite. Il y a de la pigmentation de la peau, de la rougeur, une poussée anormale de poils, de l'hyperthermie; tout cela sans aucun symptôme médullaire. Le malade fut, du reste, presque guéri par le traitement.

Il existe encore d'autres observations de lésions des nerfs du membre inférieur du nerf tibial par exemple; mais ces névrites ne sont plus localisées et sont accompagnées d'inflammations des nerfs de différentes autres

parties du corps, ce sont des polynévrites, nous allons en parler.

§ 4. — *Polynévrites*. — L'étude des polynévrites, des lésions nerveuses généralisées est surtout contemporaine. Quelques observations fort détaillées et très éaractéristiques existent dans la littérature, surtout dans la littérature étrangère.

Buzzard, le premier, en 1879, publia un mémoire dans lequel il citait un cas de sciatique avec atrophie musculaire et faiblesse des membres causée par la syphilis.

En 1888, le Dr Schmitt de Nancy cite deux cas très intéressants de polynévrites analgésiques. Nous résumons d'autre part ces faits. A la fin de son étude, l'auteur s'exprime ainsi : L'examen minutieux des antécédents héréditaires ou personnels, comme de l'état actuel des malades, ne permet pas d'attribuer à une cause autre que la syphilis l'existence de ces troubles nerveux. Les malades n'avaient subi aucune intoxication (plomb, arsenic, alcool, acide carbonique, tabac, etc.) et ne présentaient aucun stigmatte d'hystérie de nervosisme à un degré quelconque ». Avec de pareilles prémisses, on est en droit d'attendre l'auteur conclure à une paralysie périphérique, et il y a lieu de s'étonner quand, se demandant s'il s'agit d'une altération des nerfs périphériques ou des centres nerveux, c'est vers cette dernière hypothèse qu'incline M. Schmitt.

Dans la même année, Laschkewitch et Leyden publièrent l'histoire d'un jeune homme qui présentait à la période secondaire des douleurs et de la parésie des deux

bras avec atrophie musculaire et *réaction de dégénérescence*.

En 1888 encore, Kahler observe un cas de polynévrite radiculaire. Chez un syphilitique, il a vu survenir sans phénomènes de syphilis cérébrale des paralysies lentement progressive et à caractères périphériques.

Les nerfs craniens sont pris d'abord un à un, sans ordre régulier. En même temps, se montrent des douleurs névralgiques intenses dans le domaine de différents nerfs rachidiens avec hyperesthésie de la peau. Ces névrites radiculaires primitives, comme les appelle M. Kahler, consistent d'après lui, au début, en une petite infiltration du tissu conjonctif par de petites cellules, infiltration qui a son point de départ soit autour des vaisseaux, soit dans la périphérie du nerf. Cette infiltration aboutirait à la formation des néoplasmes et amènerait ainsi la destruction des fibres nerveuses.

Nous avons cité cette observation un peu longuement parce que c'est la seule où la question anatomo pathologique soit envisagée.

En 1890, M. Bowlby fait paraître son traité sur la syphilis cérébrale. Nous y trouvons un chapitre sur les névrites d'origine syphilitique avec une relation sur un cas nouveau.

En 1891 Fordyce note un cas de polynévrite des extrémités inférieures coïncidant avec la roséole. La sensibilité était considérablement diminuée et les membres inférieurs étaient atteints d'atrophie musculaire. Cependant les sphincters étaient intacts. Le traitement mixte fut institué, on y adjoignit les courants galvaniques, une amé-

lioration rapide se produisit se terminant par la guérison.

En 1892 Sorrentino fit une étude intéressante d'un cas très curieux de polynévrite s'étant généralisée sous ses yeux et ayant occasionné de sérieux troubles trophiques dans les extrémités. Nous divulguons pour la première fois croyons-nous en France cette histoire clinique empreinte d'une telle clarté qu'elle semble devoir se passer de commentaires. Tous les symptômes et la marche de l'affection, dit l'auteur, nous indiquent une dégénérescence primitive des nerfs des extrémités. Jamais il n'a observé à un moment quelconque de la maladie des symptômes qui puissent permettre de l'attribuer à des lésions cérébrales ou spinales. Quant à la cause il semble qu'on ne puisse incriminer que la syphilis. En présence de la singularité des lésions, M. Sorrentino avait songé à la lèpre, mais comme toutes les autres, cette dyscrasie avait été forcément éliminée.

Quelques considérations anatomo-pathologiques terminent cette étude. « Je crois, dit M. Sorrentino, que les lésions nerveuses dans le cas dont je m'occupe commencèrent par une inflammation très lente à l'intérieur des éléments fibreux et dans les gaines des nerfs. Cette inflammation suivie d'hyperplasie doit forcément donner lieu à des phénomènes de compression et de dégénérescence des éléments nerveux ».

En 1896, MM. Spillmann et Etienne (de Nancy), signalèrent à l'attention deux cas de polynévrite diffuse. A la suite de ces faits qu'il nous a paru intéressant de reproduire tout au long, nous voyons pour la première fois les auteurs, après avoir constaté l'absence de toute étiologie autre

que la syphilis, discuter le diagnostic de myélite et de névrite. La myélite centrale donnerait des troubles sensitifs plus considérables, les sphincters seraient paralysés. Dans la myélite antérieure la sensibilité serait conservée. Dans les deux cas enfin on aurait de la paralysie complète. Or, ces symptômes font défaut et cette prédominance des troubles périphériques ne peut être que le résultat d'une lésion des nerfs.

Enfin tout récemment M. Gilles de la Tourette écrivait : (1) Vous devez savoir que la syphilis est capable quoi que rarement de produire des paralysies amyotrophiques relevant de névrites périphériques généralisées.

Et à l'appui de cette assertion il cite le cas d'une malade de 22 ans, contaminée il y a environ quinze mois par son mari. « Trois mois à peine après l'accident initial, se développait un affaiblissement progressif des quatre membres, surtout marqué aux extrémités inférieures qui conduisait bientôt la malade à la paraplégie complète.

« Or les pieds étaient tombants froids et se couvraient de sueurs visqueuses, la peau violacée. Les muscles des jambes surtout, les extenseurs étaient notablement atrophiés et donnaient la réaction de dégénérescence. Les sphincters n'étaient pas intéressés. Bien qu'il n'existât que peu de phénomènes objectifs et subjectifs, sauf quelques douleurs lancinantes, on se fut cru en présence d'une paralysie alcoolique qu'il fallait éliminer. Celui des névrites périphériques s'imposait ».

Cette observation toute récente donne bien la mesure

1. Gilles de la Tourette : *Les myélites syphilitiques*, Paris, 1898.

du chemin parcouru depuis qu'on a noté pour la première fois les névrites ou polynévrites périphériques.

Tout d'abord on affirme hardiment que les nerfs ne peuvent pas être touchés au début de la syphilis. Peu à peu, la lumière se faisant sur toutes ces lésions du système nerveux, on discute l'existence de la névrite, on la met en parallèle avec l'encéphalite la myélite ; et concluant par analogie avec ce qui se passe dans les maladies de la même classe que la syphilis, on arrive à donner le droit de cité à ces lésions essentielles des nerfs. C'est croyons-nous, à cette opinion que serangent aujourd'hui la majorité des esprits.

DEUXIÈME PARTIE

§ 1. — Étiologie.

§ 2. — Symptômes et Diagnostic.

§ 3. — Traitement.

§ 1. — L'étiologie des névrites périphériques, accidents relativement rares au cours d'une syphilis secondaire, est encore bien vague, grâce au petit nombre d'observations qu'on en possède.

Quoiqu'on ait dit que l'âge prédisposait à la syphilis nerveuse, il ne nous est pas apparu qu'on doive pour le genre de maladies qui nous occupe faire entrer sérieusement en ligne ce facteur : les malades sont au contraire presque tous jeunes.

Le sexe est peut-être une cause soit de généralisation soit de localisation. Cette dernière forme serait presque l'apanage de la femme, l'homme étant surtout atteint par les polynévrites sans qu'on puisse dans aucun cas trouver la cause occasionnelle.

L'hérédité nerveuse la misère et la déchéance physiologiques qu'on pourrait s'attendre à voir jouer un rôle dans

l'étiologie des névrites ont au contraire presque toujours été éliminées.

Il ne reste donc comme facteur essentiel que la syphilis et son obscur processus dans notre organisme. Evidemment les causes extérieures, les intoxications professionnelles peuvent chez les syphilitiques soumis à ces traumatismes, à ces intoxications, faire appel à des lésions nerveuses. Mais, il ne s'en suivra pas forcément que ces névrites seront syphilitiques et c'est affaire aux cliniciens à rendre à la syphilis ce qui lui appartient.

§ 2. — Complexe et variable est la symptomatologie des névrites syphilitiques à la période secondaire. Non seulement elle dépend de l'extension et de la gravité de la lésion nerveuse, mais aussi de son siège, de sa localisation et de la fonction du nerf lésé. Sensitifs, moteurs, mixtes ou trophiques, les nerfs donneront lieu à une symptomatologie variée, ayant de nombreuses nuances dans le degré de participation de chaque modalité fonctionnelle du système nerveux.

Au reste, les symptômes des névrites syphilitiques diffèrent peu de ceux des névrites de cause interne. C'est une constatation de la loi connue en neuropathologie que la nature de l'affection n'a aucune influence sur la qualité des symptômes mais, que c'est son siège, sa localisation qui décide de tout.

Le début des névrites syphilitiques est généralement moins brusque que dans les autres névrites. La maladie s'installe d'une manière insidieuse, les douleurs sont sourdes ; ce sont des fourmillements, des picotements, des

sensations désagréables d'engourdissement qui peu à peu augmentent et se précisent en se localisant.

De plus, tous les syphilologues ont insisté avec raison sur la propriété qu'a la vérole d'occasionner des douleurs pendant la nuit ou bien des souffrances continues avec exacerbation, nocturnes, de telle façon que la répétition d'un phénomène douloureux pendant la nuit lorsque le malade est couché dans son lit serait un caractère spécial de la syphilis. Mais on sait que de vulgaires névralgies peuvent avoir de la tendance à exaspérations nocturnes et bien des névrites syphilitiques parmi celles dont nous avons rapporté l'histoire ont fait souffrir ceux qui en étaient atteints autant la nuit que le jour. Sans négliger ce symptôme il ne faut cependant pas lui accorder une valeur absolue.

C'est surtout par l'étude, par l'examen attentif du malade et par la réunion d'éléments apportant chacun leur instruction personnelle, que l'on parvient à remonter jusqu'à l'origine de la maladie. Où le médecin puisera-t-il ces preuves?

Dans les antécédents tout d'abord, dans les symptômes concomitants de la diathèse ; parfois dans la forme et les caractères mêmes des phénomènes nerveux ; souvent aussi dans la comparaison du fait qu'il a sous les yeux avec ceux qui existent dans la science, ou qu'il a rencontrés dans sa pratique personnelle et enfin dans les résultats du traitement.

En effet, les antécédents peuvent démontrer que le malade a eu ou a la syphilis ; en tous cas ils servent généralement à éliminer toutes les autres causes externes

ou internes pouvant donner lieu à des névrites. Mais si le résultat positif des renseignements anamnastiques a une grande valeur, on n'est jamais assez circonspect pour tirer des conclusions de résultats négatifs. Parfois le malade veut cacher au médecin qu'il a eu la vérole, d'autre fois il ne sait pas qu'il a été infecté. Que de syphilis ignorées !

L'examen objectif donnera des renseignements beaucoup plus précis. La surface cutanée, les muqueuses examinées avec un soin méticuleux, arriveront parfois à faire reconnaître l'existence d'une syphilis chez des gens qui ne se soupçonnaient même pas atteints de cette maladie. On étudiera dans leurs plus petits détails les troubles de la motilité, de la sensibilité, les troubles trophiques, en mettant en usage les moyens variés mis à la disposition de l'explorateur par l'expérimentation et par la science. C'est ainsi que l'on fera toujours l'examen de la contractilité électrique. Et malgré tout cela, malgré la sagacité personnelle du clinicien, que de fois la névrite passera inaperçue, ne sera même pas cherchée parce que l'observateur n'aura pas dans l'esprit de fait auquel il puisse comparer celui qu'il a sous les yeux. N'est-ce pas un peu à cette ignorance que nous devons d'avoir le petit nombre d'exemples de névrites qu'on trouve dans la science.

Enfin, certaines particularités dans la marche de la maladie et dans le groupement des symptômes viendront apporter un élément de plus à la certitude du diagnostic. Il est à supposer que les éléments anatomiques des produits syphilitiques sont peu solides, puisque dans la majorité des cas nous les avons vu rétrograder sous l'in-

fluence du traitement : d'autre part ils se reproduisent facilement. Les symptômes qui en dérivent, seront donc rationnellement, eux aussi, passagers, transitoires et sujets à des variations diverses.

Les faits viennent à l'appui de cette hypothèse et si comme l'a fait justement remarquer le professeur Fournier à propos de la syphilis nerveuse tertiaire : cette maladie est protéiforme : elle l'est tout autant à la période secondaire. De plus, la polymorphie qui existe pour la syphilis cutanée se retrouve aussi dans les manifestations nerveuses de la diathèse se produisant sur plusieurs régions, amenant à la fois des troubles de la sensibilité, de la motilité et aussi des troubles trophiques dont l'ensemble pourra peut-être, dans l'avenir, constituer une sorte de *nervo-tabès* secondaire. Les observations de MM. Spillmann et Sorrentino nous semblent assez concluantes sur ce point.

L'efficacité du traitement spécifique lorsqu'il aura été institué, sera, quoique venant un peu tard, l'élément le plus sûr du diagnostic.

A propos de ce traitement, on songera toujours que le mercure peut par lui-même créer des *névrites* (1). Or les

1. Au congrès de médecine interne tenu à Bordeaux en 1895. MM. Spillmann et Etienne présentèrent trois observations de *névrites* avec douleurs dans les membres, atrophie musculaire et parésie, dans l'hydrargyrisme. Leyden avait observé déjà plusieurs cas de genre.

On sait aussi que les ouvriers des mines de mercures d'Almaden sont parfois atteints de paralysies persistantes.

On est même arrivé à reproduire expérimentalement la *névrite*

syphilitiques soumis au traitement sont exposés à tous les accidents de l'hydrargyrisme ; mais l'amélioration des névrites par le traitement mercuriel permettra d'éliminer cette intoxication, qu'il était bon de signaler ici.

§ 3. — Du reste au traitement mercuriel qu'il est d'usage de faire actuellement, on fera bien d'adjoindre l'iode de potassium à la dose de 2 à 4 grammes par jour.

L'électricité ayant de plus une action simulante sur les muscles on l'emploiera utilement. On peut se servir des courants faradiques et galvaniques alternativement et consécutivement. Il est seulement essentiel d'employer des courants faibles mais prolongés.

mercurielle chez le lapin. « Les troubles sensitifs difficiles à constater existaient néanmoins, les troubles moteurs étaient très nets de même que les troubles trophiques qui se présentaient sous la forme d'une chute des poils et d'ulcération de la place plantaire des deux pieds (Heller, 1897).

PRONOSTIC

Il semble que plus les troubles produits par la syphilis datent de peu de temps plus ils sont faciles à disparaître. C'est ce dont on peut se rendre compte en lisant les observations que nous avons consignées. Le pronostic en est donc relativement bénin quoique généralement la localisation de la syphilis sur les nerfs soit le signe d'une virulence excessive. Sauf le cas de Sorrentino où des altérations trophiques intéressèrent en certains points le squelette, la majorité des malades fut guérie, tous furent grandement améliorés, quant aux lésions nerveuses du moins.

La curabilité paraît être indépendante de la forme et de l'intensité de l'affection. Il n'en va pas de même à la période tertiaire; aussi ce dernier symptôme nous semble-t-il pouvoir être un des arguments d'après lesquels on peut croire fondée l'idée vraisemblable de l'existence propre des névrites périphériques à la période secondaire. Hypothèse, c'est vrai puisque les vérifications anatomopathologiques font défaut, mais hypothèse parfaitement justifiée par la clinique qui souvent au cours de cette étude nous a montré les nerfs augmentés de volume,

tendus. Nous voyons cette inflammation manifeste, occasionner des névrites qui ne sont plus ces névrites *sine materia* qu'on se plaît à retrouver souvent dans la période des accidents secondaires de la vérole.

Il serait intéressant surtout au point de vue de la syphiligraphie nerveuse de savoir ce que deviennent, dans la suite, ces malades infectés dès le début dans leurs nerfs, se créant ainsi en ces organes un *punctum minimæ resistentiæ*. Pourquoi, précisément à cause de la localisation de leurs accidents secondaires ne formeraient-ils pas à la période tertiaire ces tabétiques, ces paralytiques généraux et en général ces individus atteints par la parasyphilis nerveuse.

Nous regrettons que les documents que nous avons eus sous les yeux tout en nous montrant l'existence des névrites périphériques de la période tertiaire, du nervotabès, soient restés muets sur la corrélation possible de ces mêmes lésions à la période secondaire et la période tertiaire. Peut-être, un jour, la pathologie syphilitique plus complète permettra-t-elle de saisir le lien qui réunit entre eux tous ces troubles du système nerveux. On arriverait ainsi à en faire dès le début un diagnostic rationnel à leur appliquer un traitement méthodique qui peut-être écarterait d'un grand nombre d'infortunés atteints de la vérole, ces manifestations terribles de l'ataxie et de la paralysie générale.

OBSERVATIONS

Paralysie faciale périphérique et zona occipito-cervical gauche survenus trois mois après un chancre syphilitique chez un homme de 35 ans. Guérison en six semaines par le traitement spécifique (D^r Boix) (1).

T... Basile âgé de 35 ans terrassier entre le 11 novembre 1893 salle Magendie dans le service du D^r Hanot à l'hôpital Saint-Antoine.

L'histoire de ses antécédents héréditaires est fort incomplète. Depuis longtemps il a quitté ses parents. Il sait seulement que son père est mort à 66 ans après avoir souffert pendant plusieurs années de rhumatisme chronique déformant. Sa mère âgée de 68 ans est bien portante.

T... , est fils unique il a toujours eu une excellente santé. Dans son enfance il n'a eu aucune maladie, pas de gourme, pas de strume.

Il a passé cinq ans en Tunisie sans contracter aucune affection mais il buvait beaucoup d'absinthe et fumait énormément jusqu'à 100 grammes de tabac par jour. A ce moment il a eu des hémoptysies qui ont cessé quelque temps après la suppression du tabac.

1. In *Archives de médecine générale*, 1894.

Il s'est marié à son retour en France il y a 8 ans. Sa femme est morte tuberculeuse après quatre ans de mariage. Il l'a constamment soignée et n'a cessé de coucher auprès d'elle qu'aux derniers jours. Une petite fille aujourd'hui âgée de 8 ans est pâle et malingre. Quant à lui il n'a jamais toussé depuis et l'auscultation attentive de ses sommets ne révèle rien d'anormal.

Son métier de terrassier lui a valu quelques traumatismes dont le plus grave un éboulement dans une carrière lui a cassé le bras droit la jambe gauche et plusieurs côtes. Il a été retiré seul vivant de 9 ouvriers ensevelis. A noter encore un coup de pied de cheval sur le crâne où se voit une cicatrice linéaire allant de l'oreille gauche au vertex.

Il y a 3 mois exactement, dit-il, il a eu un chancre avec lequel il a été soigné à l'hôpital Saint-Louis où il n'a passé que huit jours. Le traitement a été uniquement local. C'est dire que la nature syphilitique n'en était sans doute pas bien évidente. D'après ce qu'en dit le malade, il s'est peut-être agi d'un chancre mixte. Mais aujourd'hui, il n'y a aucun doute sur la réalité d'une infection syphilitique : le malade est porteur d'une éruption généralisée très nette de papules et de macules déjà cuivrées pour la plupart, quelques-unes encore roses ; il existe aussi une adénopathie généralisée très prononcée, particulièrement rétro-sterno-mastoïdienne ; on constate une légère alopecie en clairières et de l'angine érythémateuse.

Le matin du 8 novembre 1893, Tourn..., a ressenti en se réveillant une douleur dans le cou et la nuque, du côté gauche seulement, douleur continue, contusive, mais n'empêchant pas les mouvements de rotation de la tête.

Le lendemain, la douleur était beaucoup plus forte, plus pro-

fonde, s'exaspérant par moments sous forme d'élancements et condamnant la tête à l'immobilité. En même temps se montrait, sur l'étendue de la région douloureuse, une rougeur diffuse avec sensation de chaleur et de cuisson qui avait attiré l'attention du malade.

Le surlendemain, 10 novembre, Tourn..., se rend à la consultation de l'hôpital Saint-Louis d'où notre collègue Bodin, qui porte le diagnostic de zona, nous adresse le malade à Saint-Antoine.

Nous constatons, en effet, le 11, l'existence d'une éruption zostérienne discrète occupant la région innervée par :

1° *Le grand nerf occipital ou sousoccipital d'Arnold* (branche postérieure du 2° nerf cervical);

2° *Les branches postérieures des 3° et 4° nerfs cervicaux ;*

3° *Les branches auriculaire, mastoïdienne et sus-acromiale du plexus cervical superficiel.*

Du côté gauche, nous comptons : deux groupes de vésicules sur le cuir chevelu au-dessus de la ligne occipitale ; — deux autres groupes au-dessous de cette ligne ; — deux autres, dont un en placard de trois centimètres environ, à la partie postérieure du cou ; — un groupe sur l'apophyse mastoïde ; — une série de groupes assez petits le long du sterno-mastoïdien ; — enfin deux groupes isolés, l'un au-devant du lobule de l'oreille, l'autre sur la partie la plus élevée de la fosse sus-épineuse.

Les vésicules sont pour la plupart avortées ; quelques-unes seulement sont arrivées à la purulence et se dessèchent déjà. Elles reposent sur une base très surélevée. La rougeur est limitée à leur pourtour ; il n'y a pas de plaque érythémateuse dans l'intervalle. Au premier abord et à une certaine distance, on

pourrait les confondre avec les éléments de l'éruption syphilitique concomitante.

La douleur persiste assez forte, continue avec élancements paroxystiques, et irradiant jusqu'à la partie externe et supérieure du bras gauche, dans la région deltoïdienne. En haut et en arrière, elle est ressentie dans toute la partie du cuir chevelu qui recouvre la moitié gauche de l'occipital. Elle s'étend peu au devant de l'oreille, mais le conduit auditif externe est aussi douloureux.

Nous constatons en même temps l'existence d'une paralysie faciale gauche totale, commençante, avec légère déviation du nez du côté sain. Les symptômes en sont très nettement ceux de la paralysie faciale périphérique à frigore, avec une légère diminution de l'ouïe de ce côté.

Il n'y a aucune altération du goût, ni de sensation de sécheresse sur la moitié correspondante de la langue. Le voile du palais ne présente aucune modification et la luette n'est pas déviée. Aucun trouble sensitif de ce côté, Pas de troubles pupillaires.

Nous n'insistons pas sur la description de la paralysie faciale; elle ne présente dans ce cas aucune particularité.

Lé malade raconte qu'hier, en sortant de la consultation de l'hôpital Saint-Louis, il a voulu fumer sa pipe, mais, qu'à son grand étonnement, il n'a pu la tenir du côté gauche de la bouche qu'en serrant fortement les dents; il ne pouvait pas fumer de ce côté. Cet accident l'inquiète beaucoup pour l'avenir et, joint aux douleurs que lui occasionne son zona, il se considère comme très malade.

Nous le soumettons sans retard au traitement spécifique, frictions mercurielles et 4 grammes d'iodure de potassium.

Le zona a suivi sa marche ordinaire : au bout de quelques jours les vésicules étaient complètement desséchées, mais les douleurs ont persisté pendant tout le séjour du malade, quoique diminuant d'intensité peu à peu.

Toute éruption syphilitique disparaît également après la première quinzaine.

La paralysie faciale qui était complète le lendemain de l'entrée, est allée s'améliorant lentement. Il n'a été fait aucun traitement électrique. La guérison est complète le 13 janvier 1894, jour où le malade part pour l'asile de Vincennes.

OBSERVATION

Névrite du nerf saphène interne aux névromes et troubles trophiques. Guérison en six semaines (par M. Taradec (de Brest)).

Le nommé L..., voilier, 22 ans, se présente à l'hôpital de Brest avec une céphalée persistante résonnant des exacerbations nocturnes. L'attention est attirée aussitôt sur les organes génitaux. A travers un prépuce élongé en phimosis on sent deux chancres indurés occupant la couronne du gland. Chaîne de ganglions sous-occipitaux., pleiade indolore de ganglions inguinaux. Lymphangite dorsale de la verge. La date du dernier coït remonte à quatre mois celle des accidents actuels est de un mois.

Quelques jours après son entrée L... se plaint de mal de gorge et de gêne dans la déglutition. L'examen montre une rougeur rouge diffuse d'une couleur rouge cerise caractéristique avec plaque muqueuse pullacée sur l'amygdale gauche. A

ce moment apparaît une éruption de papules siégeant surtout aux membres inférieurs dans la tête quelques-uns formant tubercules par leur volume et leur induration. Elles sont cuirées présentent une petite rupule centrale très visible à la loupe et se desquament par éraillures argentées et furfuracées comme dans le psoriasis.

Le 22 juillet on prescrit la liqueur de Van Swieten.

Le 6 août — Le malade accuse une petite douleur en dedans de la cuisse le long du saphène interne droit. Ce nerf exploré avec beaucoup de soins est trouvé saillant tendu de ce côté comme une corde à violon ce qui est attribué à une augmentation de volume quelle que soit du reste la cause de cette elongation qu'elle siége dans le névritisme ou dans les éléments nerveux proprement dits.

En suivant le nerf à la cuisse on constate sur son parcours une série de petits renflements ovoïdes se déplaçant facilement dans le sens transversal mais non dans le sens longitudinal.

Ils sont au nombre de 25 à 30 dans le parcours fémoral de 10 à 20 dans le trajet jambier, gros comme des grains de millet dans la branche rotulienne et se perdant derrière le malléole interne, non douloureuse, sauf au tiers inféro-interne de la cuisse où on trouve quelques renflements plus volumineux.

Du côté gauche, le saphène interne paraît normal ; mais on constate du côté du sciatique poplité interne une série de renflements en chapelets très rapprochés les uns des autres et occupant le losange poplité. La sensibilité explorée sous ses trois modes, tact, douleur et température a été démontrée normale.

Le 7 août. — On voit apparaître une ligne pigmentée brune dans le tiers inférieur de la cuisse correspondant mathémati-

quement au trajet du saphène interne et plus spécialement aux névromes douloureux signalés plus haut. Sur ce repoussoir brun, on constate une poussée de poils plus abondants. Regardés à la loupe ces poils sont beaucoup plus courts, plus fragiles et plus blancs que ceux des régions voisines.

8 août. — A la ligne brune indiquée plus haut est venue se joindre une traînée rouge dans la région inféro-interne de la cuisse sur une étendue de cinq centimètres et correspondant exactement aux deux névromes les plus saillants et les seuls sensibles à la pression. Il n'existe du reste de ce côté aucun phénomène fonctionnel nouveau. La température locale mesurée du côté droit au niveau des névromes est de 33°6. Du côté gauche au point correspondant elle est de 32°4.

15 août. — Bien que l'induration périphérique au chancre soit en voie de résorption, que la teinte rouge cerise du voile du palais pâlisse, que les pléiades ganglionnaires diminuent de volume et que l'éruption elle-même tende à se limiter; bien que le malade prenne par jour deux cuillerées du sirop de Gibert, l'état du saphène interne droit et du sciatique poplité interne gauche reste le même.

3 septembre. — Depuis quelques jours le volume des névromes diminue sensiblement. Il n'y a pas d'autre manifestation spécifique.

10 septembre. — Le malade, appelé pour faire ses vingt-huit jours, demande son exeat. Il lui est accordé, tout faisant croire que la résorption des névromes sera complète avant peu.

OBSERVATION

Troubles nerveux périphériques dus à la syphilis, à une époque très rapprochée de l'infection (Schmitt de Nancy).

OBS. I (Résumée). Il s'agit d'un homme de 22 ans qui prit la syphilis en 1886.

Antécédents héréditaires nuls. — Pas d'alcoolisme.

Manifestations habituelles de la syphilis secondaire. Traitement méthodique. Un an 1/2 après entre à l'hôpital pour un abcès. Aucune manifestation syphilitique actuelle autre que quelques papules sur le front.

Examen du système nerveux complet. Pas de troubles de la motilité.

Troubles légers de la sensibilité tactile. Pas de trouble de la sensibilité thermique. Sensibilité à la douleur presque complètement nulle.

Traitement mixte (1 pilule proto. 2 gr. ki.) ; guérison en un mois 1/2.

OBS. 2 (Résumée). — Homme de 35 ans. Syphilis contractée en juin 1887. Entre à l'hôpital le 8 janvier 1888.

Pas de maladie toxique ou dyscrasique autre que la syphilis. Actuellement plaques muqueuses. Ce sont les troubles de la sensibilité à la douleur qui dominent. Sensibilité tactile normale pas de thermo anesthésie, analgésie totale de tous les téguments.

Traitement mixte (1 pilule proto 2 grammes ki) guérison en un mois 1/2.

OBSERVATION

Polynévrite diffuse dans la période secondaire de la syphilis.

Troubles profonds de la motilité et de la sensibilité. Parésie et atrophie (MM. Spillmann et Etienne, Nancy).

Le nommé Paul L..., âgé de 22 ans, garçon boucher, entre le 28 novembre 1895 à la clinique médicale.

Antécédents héréditaires. — Nous ne relevons aucun antécédent nerveux pathologique. La mère serait morte hydropique à l'âge de 39 ans ; le père est mort à 37 ans ; les frères et les sœurs sont tous dans de bonnes conditions de santé.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladies antérieures, sauf deux blennorrhagies bénignes.

Il y a dix mois, il a contracté deux chancres indurés ayant persisté pendant environ deux mois, l'un siégeant au niveau du fourreau, l'autre sur le prépuce ; le premier a laissé comme trace une petite tache rouge de la largeur d'une pièce de 1 franc. En même temps, il aurait eu un écoulement blennorrhagique.

A ce moment, il a été traité par dix injections de peptonates mercuriques pratiquées tous les deux jours ; il y a deux mois, il a pris quinze pilules de proto-iodure à raison de deux par jour, et quelques cuillerées d'un sirop faiblement ioduré.

Les premiers accidents secondaires cutanés ont été bénins, mais le malade a été en proie à une asthénie intense, pouvant à peine se tenir debout ; céphalée et vertiges.

Il y a deux mois, nouvelle éruption cutanée ; l'alopecie a débuté il y a un mois.

Depuis six ou sept mois déjà, le malade se plaint de douleurs vagues, peu violentes, dans les jambes, et les membres auraient diminué de volume. Ces phénomènes se sont brusquement exagérés ces jours derniers, le malade dut s'aliter, et il entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Sur toute la surface du tronc, des cuisses, et sur les parties latérales du cou, on constate la présence d'une roséole de retour, bien caractérisée, dont les taches, formant un très léger relief, sont en certains points nettement circonscrites, notamment au niveau du sixième espace intercostal. Cette éruption est très généralisée, et prend une coloration brune sur la place d'un vésicatoire posé, dans l'enfance, au-dessus du mamelon gauche.

Alopécie très marquée, en clairières sur les régions latérales, diffuse sur les autres parties du cuir chevelu. Chute des cils, de la moustache, de la barbe.

Quelques papules squameuses sur le cuir chevelu; une papule érosive au niveau du gland; syphilide papulo érosive de la commissure labiale droite; petite plaque muqueuse opaline sur le pilierpostérieur du voile du palais.

Dans les aines on retrouve encore la pléiade ganglionnaire, caractéristique, bilatérale.

Système nerveux. — L'attention est immédiatement attirée par l'atrophie très considérable des masses musculaires, qui sont absolument flasques.

CIRCONFÉRENCES	DROITE GAUCHE	
	centim.	centim.
A la jambe, au niveau de la partie inférieure.	20	21
— — — — — moyenne..	26	27

— — —	supérieure.	30	30
A la cuisse, à 8 centim. au-dessus de la rotule.		31	32
— à 27 centim. — —		39	43
A l'avant-bras, au niveau de la partie moyenne.		21.5	20.2
— — —	supérieure.	24	22.5
Au bras, au niveau de la région moyenne.....		26	24

Au niveau du tronc, atrophie très considérable des muscles intercostaux et des masses dorso-lombaires.

Pieds bots en varus équin paralytiques très prononcés.

La *motilité* est profondément troublée. Aux membres inférieurs, la résistance aux mouvements passifs est très diminuée surtout du côté droit, la résistance à l'extension étant la mieux conservée. Le malade peut élever les pieds au-dessus du plan du lit, mais par saccades.

La flexion et l'extension des pieds sur les jambes sont totalement abolies.

Le malade est dans l'impossibilité absolue de marcher; même avec l'aide de deux personnes, il s'affaisse sur ses jambes.

Aux membres supérieurs, la résistance aux mouvements passifs, presque abolie au niveau des poignets, est bien conservée aux bras et aux avant-bras. Le malade ne peut serrer dans ses mains, la pression étant presque totalement abolie du côté gauche; il relève très difficilement les mains placées en flexion; l'extension des doigts fléchis est impossible, la difficulté étant d'autant plus accusée qu'on s'éloigne de l'index pour aller vers le petit doigt. Les mouvements de supination et de pronation sont possibles. Atrophie considérable des interosseux.

Le malade étant dans le décubitus dorsal, ne peut s'asseoir

sur son séant sans faire usage de ses bras comme points d'appui.

Pas de *mouvements musculaires idiopathiques*, spontanés ou provoqués.

La *sensibilité* à la piqûre et au toucher est presque abolie au niveau du pied et de la jambe droite; la sensibilité thermique est conservée.

Le malade n'éprouve aucune douleur spontanée; la pression des muscles des mollets est très douloureuse.

Les *réflexes* des genoux sont abolis; pas de phénomène du pied; pas de réflexe du coude ni du poignet.

Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation,

Sphincters vésical et rectal fonctionnant normalement.

Pas de *réaction de dégénérescence*.

Rien à noter du côté des autres appareils, si ce n'est l'augmentation du volume de la *rate* et du *corps thyroïde*.

Dans les urines, on ne décèle pas de mercure.

Apyrexie.

Le 28 novembre, on pratiqua dans la fesse une injection de 1 c. c. de thymol acétate de mercure à 1/10 (10 centig. en suspension dans 1 c. c. d'huile de vaseline).

Le 30. — La roséole a pâli.

Le 3 décembre. — Les douleurs à la pression ont diminué; le malade plie plus facilement les jambes.

Le 6. — Amélioration notable; le malade peut s'asseoir sur son lit, sans trop de difficulté. Au niveau des membres supérieurs, la paralysie des extenseurs a diminué; le malade exécute facilement les mouvements d'extension et de flexion des avant-bras. Pas de changement notable aux membres inférieurs; l'atrophie

des muscles du mollet est peut-être plus marquée encore qu'au moment de l'entrée.

Lorsqu'on essaye de faire faire quelques pas au malade soutenu sous les aisselles par deux infirmiers, on voit que par suite de la paralysie complète des extenseurs du pied, il trébuche.

Le 14. — L'état reste stationnaire aux membres inférieurs aux membres supérieurs, la paralysie est moins complète, les mouvements des doigts s'exécutent plus facilement, sauf à l'annulaire et l'auriculaire.

Le 30. — Amélioration notable. Le malade peut faire quelques pas sans le secours de personne; cependant du côté gauche, il trébuche encore. Etat stationnaire du côté des mains.

Le 13 janvier 1896. — Le malade marche encore un peu sur la pointe de ses orteils, mais il peut marcher seul avec des pantoufles à semelles de cuir maintenant les orteils en extension.

Le 26. — Amélioration.

Le 29. — Le malade marche assez bien, mais en stoppant.

L'atrophie musculaire est en voie de réparation.

C'est ainsi qu'au niveau des cuisses, par exemple, nous trouvons :

A 8 centimètres au-dessus de la rotule, à droite 32,5, à gauche 34.

A 27 centimètre au-dessus de la rotule, à droite 45,5, à gauche 46.

Le 14 février. — Le malade ne traîne plus les jambes, mais il lance le pied en avant, du côté gauche, la pointe retombe encore en avant sur le sol,

Du côté gauche, le malade ne peut encore remuer les orteils, leurs mouvements sont possibles à droite.

Le 21 mars. — Tous les muscles sont revenus à l'état normal comme volume, au dynamomètre 90 à gauche, 100 à droite.

Le malade stoppe encore en marchant, tous les mouvements de bras, avant-bras, mains et doigts sont possibles.

Depuis le moment de son entrée, jusqu'au 14 février, le malade a reçu tous les 8 jours une injection de 1 centimètre cube d'une mixture au 1/10 de thymol acétate de mercure.

OBSERVATION.

Polynévrite syphilitique. Troubles sensitifs profonds. Troubles moteurs légers. Troubles trophiques graves. Guérison. (D Sorrentino. Naples).

Ange T..., ouvrier à l'Arsenal de Naples, marié, sans enfants, n'a jamais été en contact avec des lépreux.

Vu pour la première fois en 1890, il déclare que 6 mois auparavant il a eu un chancre. Au sillon balano-préputial existe en effet une induration très marquée.

On institue le traitement sous forme d'injection hypodermique de sublimé et d'iodure de potassium, et toutes les manifestations syphilitiques qui s'étaient montrées disparaissent rapidement sauf cependant des troubles de la sensibilité pour lesquels le malade était entré à l'hôpital.

Ces troubles consistant en une insensibilité presque complète des deux mains, insensibilité qui s'est étendue jusqu'à l'avant-bras et au bras avec prédominance à gauche. De plus les membres supérieurs sont le siège de douleurs spontanées aiguës lancinantes accompagnées d'engourdissement.

Deux mois après l'apparition de ces symptômes le malade commence à se plaindre de douleurs avec gonflement au talon gauche. Cette douleur s'étend au pied droit et au genou gauche affectant un caractère gravatif. Ces phénomènes douloureux coïncidaient ou alternaient avec ceux du bras. A cette époque j'observai une véritable hyperpalsie de la peau ayant tout les caractères d'une infiltration gommeuse de la peau et du tissu sous-jacent ainsi qu'une périostite du crâne occasionnant une céphalalgie intolérable.

A la fin de l'année 1890 l'anesthésie et l'analgésie complètes à la face externe, partielles à la face interne des bras, avaient atteint les épaules. A la région scapulaire gauche il y avait une zone d'anesthésie. Pendant toute cette période, malgré les troubles graves de la sensibilité, la motilité était intacte.

En février 1891, on observe de nouveaux symptômes, l'analgésie s'étend des orteils jusqu'au ligament de Poupart, sur la face antéro-externe des membres inférieurs. En certains points, sans qu'on puisse savoir pourquoi, la sensibilité à la pression est conservée. Les bras sont toujours analgésiés, le plexus brachial palpé dans le creux axillaire. Il semble au malade que tous ses membres sont comme morts.

En juillet de la même année on note des altérations dégénératives des doigts de la main avec une nécrose consécutive de tous les tissus dus aux traumatismes fréquents chez le malade par suite de l'anesthésie de ces parties. Le même processus nécrobiotique s'établit aux orteils. La main droite perdit totalement la dernière phalange de l'index, la dernière phalange du petit doigt, la dernière et une partie de la deuxième phalange du médius. A la main gauche, le pouce et l'index perdent leur ongle ; on ampute toutes les phalanges du médius. Les autres

doigts restèrent intacts aux deux mains. Au pied les lésions épargnèrent le squelette ; aussi, n'y eut-il pas de mutilation mais simplement des difformités à cause de la rétraction des tendons fléchisseurs.

Peu à peu, les lésions cessèrent sous l'influence d'un traitement approprié (antiseptiques). Actuellement, le malade ne présente rien de particulier : bon état général, état mental sain. Il peut mouvoir ses bras et ses jambes ; le sens musculaire est intact, pas d'ataxie. Seule, la sensibilité n'a pas reparue ; au tronc même elle est émoussée. Pas de réflexe plantaire ; mais le réflexe rotulien est normal. Pas de troubles de la vue ni du goût. La céphalée est restée presque constante (1).

1. Nous devons la traduction de cette observation dont il n'existe en France que des extraits courts et mal faits à l'obligeance de notre ami M. César Roux interne au Dispensaire Furtado-Heine.

CONCLUSIONS.

1° La syphilis peut porter son action sur les nerfs périphériques dès les premiers mois de l'infection.

2° Les lésions nerveuses indépendantes du système central sont localisées (névrites) ou généralisées (polynévrites).

3° Elles sont justiciables du traitement spécifique. Sous l'influence de ce traitement les atrophies s'arrêtent, les paralysies rétrogradent, les forces musculaires reviennent.

4° Le jour où ces névrites et polynévrites seront bien connues et acceptées, peut-être pourra-t-on en instituant de bonne heure un traitement approprié, mettre les malades atteints de ces affections à l'abri des troubles du système nerveux de la période tertiaire et de la parasymphilis.

Vu par le Président de la thèse

A. FOURNIER

Pour le Doyen,
POTAIN.

Vu et permis d'imprimer:
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALTHAUS. — Syphilitic affections of the nervous system Medical Times and Gazette, 10 november 1877.
- ARTHAUD. — Pathogénie des névrites périphériques. Comptes-rendus de la Société de Biologie de Paris, 1887. tome 4, p. 208-210.
- BOIX. — Paralysie faciale périphérique précoce de la période secondaire de la syphilis, 1894, archives de médecine.
- BRISSAUD. — Paralysies toxiques. Thèse d'agrégation, 1886.
- BRUNSGAARD. — Névrites cubitales dans deux cas de syphilis secondaire. Revue des Sciences Médicales, tome 49, p. 203.
- BOUZZARD. — Leçons cliniques sur deux cas de névrite syphilitique et rhumatismale. The Lancet, 1th thèse Marsh, 1879, p. 289.
- CHAMPANIER. — Des névrites syphilitiques et en particulier de la névrite cubitale de la période secondaire. Thèse Paris, 1895.
- CARADEC. — Gazette des hôpitaux 1880.
- DARGAUD. — Le l'hémiplégie faciale de la période secondaire dans la syphilis. Thèse Paris, 1885.
- DAVIDAGLOU. — Syphilis du système nerveux. Thèse Paris, 1868.
- DÉJERINE. — Atrophie musculaire et paraplégie dans un cas

- de syphilis maligne précoce. Archives de physiologie, 1876, p. 430.
- DÉJÉRINE. — Des altérations des nerfs cutanés chez les ataxiques. Archives de physiologie normale et pathologique.
- DERVILLE. — Névrite sciatique d'origine syphilitique, 1889.
- DUBOIS. — Sciatique d'origine syphilitique. Thèse Paris, 1884.
- DUCLOS. — Un cas de paralysie syphilitique du moteur oculaire externe et du facial gauche. Archives cliniques de Bordeaux, 1896.
- EHRMANN. — Névrite périphérique dans la syphilis secondaire, 1888. Wiener medic. Blätter, 1886. Polynévrite syphilitique, 1897.
- FAID. — Troubles de la sensibilité dans la période secondaire de la syphilis. Thèse Paris, 1870.
- FORDYCE. — Névrite périphérique d'origine syphilitique. Journ. cutan. et génito-urin. disc., 1891.
- FOURNIER. — Formes précoces de syphilis nerveuse. Gaz. hebdomadaire, 1872, n° 45.
- Accidents nerveux de la syphilis. Gaz. médicale, 1877, p. 601-603.
 - Leçons sur la syphilis étudiée chez la femme.
 - Syphilis du cerveau.
- GAJKIEWITZ. — Syphilis du système nerveux. Traduction franç., Paris, 1892.
- GAUCHET. — Névrite syphilitique du cubital. Annales de dermatologie, 1895.
- GAUDICHIER. — Syphilis cérébrale précoce. Thèse Paris, 1886.
- GRIMODIE. — Pathogénie des névrites. Thèse Paris, 1887.
- GROS. — Névrites disséminées. Th. Lyon, 1879.
- GROSS. — Société de dermatologie. Vienne, 1897 : Névrite syphilitique.

HALE WHITE. — Névrite périphérique chez une femme morte de syphilis cérébrale, Brit. médic. j. Mag. 1886.

HALLOPEAU. — Angine de poitrine syphilitique. Dermat. 1887.

HJELMANN. — Zur Kennhutz des Leucoderma syphiliticum. Dermat. Zeitschrift, 1897.

HUTCHINSON JONATHAN. — Royal medical et surgical society (London), 1895 : Accidents du système nerveux observés à la période secondaire de la syphilis.

KAHLER. — Polynévrite radiculaire syphilitique, Zeitschrift fur Heilk, 1888.

KLUMPKE (Déjerine). — Névrites périphériques. Thèse Paris, 1889.

LADREIT DE LACHARRIÈRE. — Des paralysies syphilitiques. Th. Paris, 1861.

LAGNEAU. — Affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1861.

LANCEREUX. — Paralysie syphilitique du trijumeau. Gomme de la dure-mère. Union médicale, 1882.

LANCEREUX et GROS. — Des affections nerveuses syphilitiques. Th. Paris, 1861.

LEE. — Lésions syphilit. des nerfs crâniens, p. 319, 1885.

LEYDEN. — Die entzündung der peripheren Nerven (Polyneuritis. Neuritis multiplex), Berlin, 1888.

LOUBAT. — De quelques phénomènes nerveux pouvant survenir chez la femme à la période secondaire.

MAJEWSKA. — Contribution à la névrite ascendante. Th. Paris, 1897.

MARIE. — Névrites périphériques. Neurologie (archives de), 1894, p. 238.

MAROTÉL. — Manifestation nerveuse de la syphilis. Th. Paris, 1878.

MARTY. — Gaz. médicale, 1863.

MAURIAC. — Les affections syphilit. des nerfs et des organes des sens. Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1889, n° 50.

- MAYAUCT. — Syphilis secondaire et tertiaire du système nerveux. Th. Paris, 1873.
- MICKLE. — Sur la syphilis du système nerveux. Archives de neurologie, 1896.
- NEUMANN. — Syphilis nerveuse précoce. Annales de dermatologie, 1895.
- OWEN REES. — Remarks on new diseases syphilitic. Guy's hospit. report. 1872.
- RAYMOND. — Atrophie muscul. chez les syphilit. Bulletin de la Société médicale des hôpit. 9 février 1893.
- READ T. — Syphilitic affections of the nervous system. London 1867.
- RUMP. — Die syphilitischen Ectraukungen der nervensystem. 1887.
- RODET. — Hémiplegie atrophique chez un syphilit. Gaz. médicale de Lyon, 25 avril 1859.
- SCHMITT. — Revue médicale de l'Est 1888. Contribution à l'étude de la syphilis nerveuse précoce.
- SCHVAUHARD. — Contribution à l'étude de la forme pseudo-tabétique de la myélite syphilit. Th. Paris, 1897.
- SPILLER WILLIAM. — Contribution à l'étude la syphilis nerveuse. Trad. franç.
- SPILLMANN et ETIENNE. — Polynévrite syphilitique, p. 637. Annales de la société de dermat, 1896.
- SAUREL. — Paralysies syphilitiques du mouvement. Th. Strasbourg, 1862.
- SORRENTINO. — Un cas de polynévrite syphilit. Réforma medica 25 avril 1892.
- TAYLOR. — Notes cliniques sur la névralgie sciatique causée par la syphilis, p. 633, 1880.
- Contribution à l'étude des polynévrites d'origine syphilitiques, New-York. Med. Journal, 1890.

VAULPRÉ. — Sciatique syphilit. Bulletin de thérapeutique, 1852.

VINACHE. — Contribution à l'étude des paraplégies syphilitiques. Th. Paris, 1880.

VULPIAU. — Maladies du système nerveux, 1879.

YVAREN. — Métamorphoses de la syphilis.

ZAMBACO. — Des affections nerv. syphilit. in-8°, Paris, 1862.

